COLEGIUL MEDICILOR din ROMÂNIA

Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, Cod Poştal 023965, Bucureşti, Cod Fiscal: 9708419

Tel: 021.413.88.00; 021.413.88.03; Fax: 021.413.77.50. E-mail: office@cmr.ro | web: www.cmr.ro

Nr. înreg. CMR: 13920/12.11.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donaţie praxis/spaţiu medical

Doamnă Preşedinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) ...SESTACOVA ANA.....având CNP.....titular [X] reprezentant leg [ ] urm [ ] al cabinetului 1)* MEDICINĂ DE FAMILIE.....din cadrul unităţii medicale...CMIMF DR. SESTACOVA ANA....., organizată sub forma:

CMI [X] SRL [ ] ALTE FORME 2)* [ ]

.....

cu sediul în: 3) *

.....STR. BRAZILOR NR. 35, COMUNA FEZDIOARA, JUD BRAŞOV.

în conformitate cu:

OUG 68/2008 [ ] *OMS 1322/2006* [X]

vă notific intenţia de: vânzare [X] cesionare [ ] donaţie [ ]

a spaţiului medical dobândit conf. OUG.68/2008 [ ]

a terenului dobândit conf. OUG.68/2008 [ ]

a praxisului conf. Ord. 1322/2006 [X]

începând cu data de...01.01.2027.....

Vă aduc la cunoştinţă următoarele:

Titularul/titularii dreptului de preempţiune ***conf. Art.28 alin.2*** din ***OUG 68/2008*** este/sunt 4)*:

Coproprietar(i): [ ]

.....

COLEGIUL MEDICILOR din ROMÂNIA

Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, Cod Poștal 023965, București, Cod Fiscal: 9708419

Tel: 021.413.88.00; 021.413.88.03; Fax: 021.413.77.50. E-mail: office@cmr.ro | web: www.cmr.ro

Proprietar(i) vecin(i): ☐ —

.....

1) Adresa de corespondență a titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

Coproprietar(i): ☐ —

.....

Proprietar(i) vecin(i): ☐ —

.....

Numărul/numerele de telefon al/ale titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

Coproprietar(i): ☐ —

.....

Proprietar(i) vecin(i): ☐ —

.....

2) Prețul de vânzare al spațiului medical/praxisului este: 85.000 EURO

3) Adresa poștală pentru corespondența este:
STR. BRAZILOR NR. 35, COM. FERDINAND, JUD. BRAȘOV.

4) Adresa de e-mail: annasestakova@yahoo.com.

5) Numărul de telefon: 0744541931.

Solicit eliberarea adeverinței necesare înstrăinării praxisului/spațiului și transmiterea prin:

E-mail 5)* ☒

Poșta română ☐

Curier ☐

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☐

Data: 12.11.2026

1) * Se va preciza specialitatea

2) * Se va preciza forma cabinetului medical

3) * Se va preciza adresa completă

4) * Dreptul de preempțiune la înstrăinarea imobilelor revine doar coproprietarilor, dacă este cazul, și apoi proprietarilor vecini.

5) * Se va specifica adresa de e-mail